Posttraumatische Belastungsstörung infolge eines Suizidversuchs

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) stellt einen Risikofaktor für Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide dar (Akbar et al., 2022). Umgekehrt finden sich jedoch auch Hinweise darauf, dass selbstdurchgeführte Suizidversuche die Entwicklung einer PTBS bedingen können. Eigene Suizidversuche – genauso wie Suizidversuche anderer Personen – qualifizieren sich insofern als traumatische Ereignisse im Sinne des DSM-5, da sie per Definition mit drohendem Tod einhergehen und vielfach auch mit ernsthaften Verletzungen (Stanley et al., 2019a). Das Besondere bei einer PTBS als Resultat eines eigenen Suizidversuchs (S-PTBS) ist, dass die betroffene Person zugleich Täter_in und Opfer ist. Entsprechend ist es denkbar, dass ein selbstdurchgeführter Suizidversuch, besondere Risiken für die Entwicklung einer PTBS in sich bergen könnte. Es lässt sich zudem mutmaßen, dass insbesondere gewaltvolle Suizidmethoden (z.B. Eisenbahnsuizid) mit einem erhöhten PTBS-Risiko assoziiert sind.

Wulsin und Goldman (1993) waren die ersten, die die Frage nach einer S-PTBS aufwarfen: Sie berichteten in ei-

ner Fallstudie von einem Mann, der nach einem Suizidversuch PTBS-Symptome – u.a. Albträume, wiederkehrende Intrusionen, Vermeidung von Schusswaffen – entwickelte. Bill et al. (2012) untersuchten 30 Personen, die wegen einer Major Depression psychiatrisch behandelt wurden und in ihrer Biographie mindestens einen Suizidversuch aufwiesen. Es zeigte sich, dass 46.7% der Untersuchten die Diagnosekriterien einer S-PTBS (gemäß DSM-IV) erfüllten. Stanley et al. (2019b) rekrutierten eine Stichprobe (N = 386), die mindestens einen Suizidversuch in der Vergangenheit unternommen hatten und untersuchten diese anhand eines Online-Fragebogens. Hier zeigte sich, dass 27.5% der Befragten die Kriterien einer S-PTBS Diagnose (gemäß DSM-5) erfüllten.

Die verschiedenen Studienergebnisse legen nahe, dass Suizidversuche überraschend häufig eine PTBS-Symptomatik zu verursachen scheinen. Gleichzeitig gibt es bislang erst sehr wenige Studien und die berichteten Prävalenzangaben variieren erheblich (46.7% vs. 27.5%). Dies mag mit den unterschiedlichen Stichproben, Studiendesigns und Diagnosekriterien (DSM-IV vs. DSM-5) zusammenhängen. Nicht zuletzt mit Blick darauf, dass eine PTBS infolge eines Suizidversuchs (Mit-)Ursache für eine geringe Behandlungsnachfrage und eine hohe Abbruchquote suizidaler Personen sein könnte (Hom et al., 2015), erscheint eine genauere Erfassung des Phänomens jedoch wichtig zu sein. Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Pilotstudie darauf ab, dass Auftreten einer PTBS nach Suizidversuch (gemäß DSM-5) erstmalig in einer deutschen Onlinestichprobe zu untersuchen.

Methode

Stichprobe

Im Erhebungszeitraum von Mai bis Oktober 2022 wurden N = 63 Proband_innen in die Studie einbezogen. Von diesen füllten n = 50 den Onlinefragebogen so umfassend aus, dass die Frage nach einer potenziellen S-PTBS Diagnose untersucht werden kann. Rekrutiert wurden die Teilnehmenden über Flyer, Aufrufe in verschiedenen Selbsthilfeforen und sozialen Netzwerken sowie durch kooperierende Kliniken und Psychotherapiezentren. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich M = 36.1 (SD =13.6) Jahre alt. Die Mehrheit der Studienteilnehmer_innen (n = 35, 70%) war weiblich. Voraussetzungen für die Studienteilnahme waren ein Alter 18 Jahren, gute Deutschkenntnisse und ein Suizidversuch in der bisherigen Lebensgeschichte. Sämtliche Teilnehmer_innen wurden über die Studieninhalte aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme. Die Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum bewilligt (Kennzeichen 780/2022).

Messinstrumente

Posttraumatic Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al. 2013; Deutsch: Krüger-Gottschalk et al., 2017). Die PCL-5 ist eine Selbstbeurteilungsskala mit 20 Items, welche PTBS-Symptome (Intrusionen, Vermeidung, Veränderungen in Stimmung und Kognition, Hyperarousal) nach DSM-5 erfasst. Sämtliche Items werden mit Blick auf die von ihnen ausgegangene Belastung im vergangenen Monat eingeschätzt (0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Die deutsche Version der PCL-5 weist eine exzellente interne Konsistenz (Cronbachs α = .95) auf. In Anlehnung an die Untersuchung von Stanley et al. (2019b) wurde die PCL-5 in der vorliegenden Studie dahingehend modifiziert, dass der Begriff „sehr belastendes Ereignis“ durch „schwerwiegendster Suizidversuch“ in der Testinstruktion ersetzt wurde. Die modifizierte Fassung der PCL-5 wies in der vorliegenden Stichprobe eine exzellente interne Konsistenz (Cronbachs α = .90) auf. Grundsätzlich ist zu beachten, dass mit der PCL-5 nur eine Verdachtsdiagnose gestellt werden kann; eine tatsächliche Diagnosestellung setzt die Nutzung eines klinischen Interviews voraus.

Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV; Teismann et al., 2021). Die SSEV erfasst mit insgesamt 9 Items suizidales Erleben und Verhalten. Die ersten sechs Items fragen nach Suizidgedanken, -plänen und -impulsen in den vergangenen vier Wochen und werden auf einer sechsstufigen Likert-Skala beantwortet (0 = „nie“ bis 5 = „jeden Tag viele Male“). Die weiteren Items fragen nach Suizidversuchen in den vergangenen vier Wochen und in der gesamten Lebenszeit. Ausgewertet werden kann die SSEV über das Bilden eines Summenscores über die ersten sechs Items. Die SSEV weist eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbachs α = .92; Teismann et al., 2021). In der vorliegenden Stichprobe ergab sich eine interne Konsistenz von Cronbachs α = .91.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe von SPSS 29. Bei der Auswertung des PCL-5 hinsichtlich einer potenziellen PTBS-Diagnose werden in der Literatur verschiedene Auswertungsprinzipien vorgeschlagen. Bovin et al. (2016) empfehlen bei Aufsummierung der PCL-5-Werte einen Cut-off-Wert von 31–33. In der vorliegenden Studie wurde ein Cut-off-Wert von > 33 angesetzt, um von

einer S-PTBS zu sprechen. Alternativ ist eine Diagnosestellung auch anhand der Einteilung in die verschiedenen Symptomcluster möglich (Stanley et al., 2019b): Für eine PTBS-Diagnose müssen demnach jeweils ein Symptom der Symptomcluster B (Intrusionen) und C (Vermeidung) und jeweils zwei Symptome der Symptomcluster D (veränderte Kognitionen) und E (Hypervigilanz) vorhanden sein. Alle Symptome mit einem Wert 2 werden hierbei als symptomatisch gewertet. Entsprechend wurde auch auf dieser Syndrom-Basis eine Falldefinition vorgenommen.

Unterschiede hinsichtlich gegenwärtiger Suizidgedanken wurden anhand von Mann-Whitney-U-Tests überprüft. Mithilfe von Chi-Quadrat-Tests wurden Geschlechtsunterschiede bei Teilnehmenden mit vs. ohne S-PTBS untersucht.

Ergebnisse

Unter aktueller Suizidalität (SSEV > 0) litten 40 Teilnehmende (80%). 100% der Teilnehmenden haben in ihrer Vergangenheit mindestens einen Suizidversuch unternommen. Der Durchschnitt lag bei 4.77 (SD = 8.2) Suizidversuchen. Die zwei häufigsten Suizidversuchsmethoden waren Vergiftung mit Medikamenten (n = 37; 74%), und das Schneiden mit einem scharfen Gegenstand (n = 10; 17.9%).

Nach dem Cut-off-Kriterium (PCL-5 >33) erfüllten 26 der Teilnehmenden (52%) die Diagnosekriterien einer S-PTBS. Bei Auswertung nach dem Symptomcluster-Kriterium erfüllten 21 Teilnehmende (42%) die Kriterien einer S-PTBS. Bei der Diagnosestellung nach Cut-offWert zeigt sich, dass Personen mit S-PTBS in stärkerem Maße unter gegenwärtigen Suizidgedanken (M = 8.92, SD = 6.32) leiden als Personen ohne potenzielle S-PTBS (M = 5.29, SD = 6.73; U = 188.50, Z = 2.41, p = .015). Bei der Diagnosestellung nach Symptomcluster-Kriterium ergaben sich keine entsprechenden Gruppenunterschiede (M = 8.52, SD = 6.29 vs. M = 6.21, SD = 6.95; U = 380.50, Z = 1.50, p = .133). Es fand sich kein signifikanter Geschlechterunterschied (Falldefinition nach Cut-off-Kriterium: 19 Frauen (54.3%) vs. 6 Männer (40%), $\chi^2(1) = .857$, p = .355; Falldefinition nach Symptomcluster: 15 Frauen (42.9%) vs. 6 Männer (40%), $\chi^2(1) = .035$, p = 851)

Diskussion

In Übereinstimmung mit vorangegangenen Studien (Bill et al., 2012; Stanley et al., 2019b) verweisen die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie darauf, dass eine Traumasymptomatik infolge eines selbstdurchgeführten Suizidversuchs häufig auftritt. In Abhängigkeit von der jeweiligen Operationalisierung erfüllten 52% bzw. 42% der untersuchten Personen die Verdachtsdiagnose einer S-PTBS. Die unterschiedlichen Prävalenzangaben lassen sich v.a. darauf zurückführen, dass nur vergleichsweise wenige Personen Vermeidungssymptome aufwiesen. Die Nutzung eines Cut-off-Kriteriums (PCL-5 > 33) – ohne die Berücksichtigung der spezifisch vorliegenden Symptome – mag somit zu einer Überschätzung der tatsächlichen Prävalenz beitragen. Dessen ungeachtet liegen die gefundenen Prävalenzen nah an denen von Bill et al. (2012) erfassten 46.7%. Wie in der Studie von Stanley et al. (2019b) zeigte sich zudem, dass Personen mit S-PTBS in stärkerem Maße unter gegenwärtigen Suizidgedanken litten als Personen ohne S-PTBS. Allerdings fand sich dieser Unterschied nur, wenn das Cut-off-Kriterium zur Falldefinition zugrunde gelegt wurde. Es lässt sich mutmaßen, dass die gegenwärtige Belastung durch Suizidgedanken als Folge der Traumasymptomatik (Akbar et al., 2022) und/oder vermehrter Depressivität zu verstehen ist. In zukünftigen Längsschnittstudien sollte dies genauer untersucht werden.

Grundsätzlich sind die vorliegenden Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren: Die Studie umfasst eine vergleichsweise kleine (selbst-selektierte) Stichprobe, es wurden mehrheitlich Frauen eingeschlossen und zur Falldefinition wurde kein klinisches Interview herangezogen. Damit ist keine valide Diagnosestellung möglich und auch die Validität der Prävalenzabschätzung ist damit eingeschränkt. Nichtsdestotrotz verweisen die Studienergebnisse auf die Notwendigkeit in zukünftigen Studien den Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und posttraumatischen Belastungsstörungen an größeren Stichproben und unter Nutzung klinischer Interviews zu untersuchen. Hierbei sollte zudem in den Blick genommen werden, welche Charakteristika von Suizidversuchen (u.a. Methode, Letalität der Methode, erster vs. wiederholter Suizidversuch) in besonderem Maße mit der Entwicklung einer S-PTBS assoziiert sind.

Aus klinischer Perspektive erscheint es sinnvoll, bei der therapeutischen Aufarbeitung von Suizidversuchen etwaige Traumasymptome (Intrusionen, Vermeidung etc.) genau zu explorieren und bei der Behandlungsplanung zu berücksichtigen. In diesem Sinne ist darauf zu achten, dass eine ablehnende Haltung gegenüber der Aufarbeitung eines Suizidversuchs nicht ausschließlich als motivationales Problem verstanden werden sollte, sondern auch als Ausdruck traumaassoziierten Vermeidungsverhaltens gewertet werden kann. Perspektivisch stellt sich die Frage, ob und inwieweit eine traumafokussierte Therapie im Fall einer durch einen Suizidversuch induzierten Traumasymptomatik umsetzbar und wirksam ist. Interventionen wie die Rückfallpräventionsübung

aus der kognitiven Therapie suizidaler Patient_innen (Wenzel et al., 2009) verweisen auf die grundsätzliche Möglichkeit, sich vergangenen Suizidversuchen im Rahmen eines imaginativen Nacherlebens anzunähern. Allerdings wurde diese Technik noch nie explizit zur Traumatherapie eingesetzt.

Die im Rahmen dieser Pilotstudie gefundenen Prävalenzraten einer S-PTBS verweisen gleichwohl darauf, dass die Entwicklung und Testung entsprechender Behandlungsmethoden notwendig und sinnvoll sind.